

Activités quotidiennes

Nom :

Prénom :

Évaluer votre souffle lors de vos activités

Votre médecin vous propose de remplir ce questionnaire, car la mesure de votre souffle a montré des anomalies. Ces problèmes de souffle peuvent vous gêner dans votre vie de tous les jours. Ce questionnaire permettra à votre médecin de vous proposer un meilleur suivi. Pour y répondre, vous penserez à vos différentes activités quotidiennes et à la façon dont vous les effectuez. Vous cochez la case correspondant à votre état actuellement, et vous inscrivez la date à laquelle vous avez répondu.

1

Évaluer votre souffle lors de vos activités quotidiennes

1. Vous arrive-t-il d'être gêné(e) pour parler, discuter ?					
Jamais <input type="checkbox"/> 0	Parfois <input type="checkbox"/> 1	Souvent <input type="checkbox"/> 2	Tout le temps <input type="checkbox"/> 3		
2. Vous arrive-t-il d'être gêné(e) pour faire votre toilette, vous habiller ?					
Jamais <input type="checkbox"/> 0	Parfois <input type="checkbox"/> 1	Souvent <input type="checkbox"/> 2	Tout le temps <input type="checkbox"/> 3		
3. Vous arrive-t-il d'être gêné(e) pour faire vos courses dans votre quartier ?					
Jamais <input type="checkbox"/> 0	Parfois <input type="checkbox"/> 1	Souvent <input type="checkbox"/> 2	Tout le temps <input type="checkbox"/> 3	Je ne peux plus les faire <input type="checkbox"/> 4	Ce n'est pas moi qui m'occupe des courses <input type="checkbox"/> 5
4. Vous arrive-t-il d'être gêné(e) pour faire le ménage ou le bricolage dans la maison ?					
Jamais <input type="checkbox"/> 0	Parfois <input type="checkbox"/> 1	Souvent <input type="checkbox"/> 2	Tout le temps <input type="checkbox"/> 3	Je ne peux plus les faire <input type="checkbox"/> 4	Je ne fais ni ménage ni bricolage <input type="checkbox"/> 5
5. Vous arrive-t-il d'être gêné(e) au cours de vos déplacements à pied ?					
Jamais <input type="checkbox"/> 0	Parfois <input type="checkbox"/> 1	Souvent <input type="checkbox"/> 2	Tout le temps <input type="checkbox"/> 3	Je ne peux plus les faire <input type="checkbox"/> 4	
6. Vous arrive-t-il d'être gêné(e) pour monter les escaliers ?					
Jamais <input type="checkbox"/> 0	Parfois <input type="checkbox"/> 1	Souvent <input type="checkbox"/> 2	Tout le temps <input type="checkbox"/> 3	Je ne peux plus les faire <input type="checkbox"/> 4	
7. Vos difficultés respiratoires vous limitent-elles dans ce que vous aimez faire dans votre vie de tous les jours ?					
Jamais <input type="checkbox"/> 0	Parfois <input type="checkbox"/> 1	Souvent <input type="checkbox"/> 2	Tout le temps <input type="checkbox"/> 3		
8. Vos difficultés respiratoires vous limitent-elles dans vos relations avec les autres (dans votre vie de tous les jours ou votre vie professionnelle) ?					
Jamais <input type="checkbox"/> 0	Parfois <input type="checkbox"/> 1	Souvent <input type="checkbox"/> 2	Tout le temps <input type="checkbox"/> 3		
9. Vos difficultés respiratoires vous obligent-elles à compter sur les autres pour faire certaines tâches ?					
Jamais <input type="checkbox"/> 0	Parfois <input type="checkbox"/> 1	Souvent <input type="checkbox"/> 2	Tout le temps <input type="checkbox"/> 3		
10. Vos difficultés respiratoires vous obligent-elles à vous reposer pendant la journée ?					
Jamais <input type="checkbox"/> 0	Parfois <input type="checkbox"/> 1	Souvent <input type="checkbox"/> 2	Tout le temps <input type="checkbox"/> 3		

La somme de scores obtenus pour chaque question permet de calculer un score total allant de :

→ 0 (absence de handicap) à un maximum de → 34 (haut niveau de handicap).

Total score 0	Total score 1	Total score 2	Total score 3	Total score 4	Total score 5	Score total

2

Les questions 11 et 12 ne sont pas incluses dans le calcul du score total, mais peuvent être utiles pour la discussion entre vous et le médecin

11. Vos difficultés respiratoires vous limitent-elles dans vos relations intimes, votre vie sexuelle ?

Jamais <input type="checkbox"/> 0	Parfois <input type="checkbox"/> 1	Souvent <input type="checkbox"/> 2	Tout le temps <input type="checkbox"/> 3	Je ne peux plus en avoir <input type="checkbox"/> 4	Je n'ai pas de relation sexuelle <input type="checkbox"/> 5
-----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	--	---	---

12. Vos difficultés respiratoires sont-elles un handicap pour vous au quotidien ?

Jamais <input type="checkbox"/> 0	Parfois <input type="checkbox"/> 1	Souvent <input type="checkbox"/> 2	Tout le temps <input type="checkbox"/> 3
-----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	--

D'après Questionnaire DIRECT (Disability RElated to COPD Too).

3

J'évalue mon niveau d'activité physique

1. Activités quotidiennes

Quelle intensité d'activité physique votre travail requiert-il ?					Total 1
Légère <input type="checkbox"/> 1	Modérée <input type="checkbox"/> 2	Moyenne <input type="checkbox"/> 3	Intense <input type="checkbox"/> 4	Très intense <input type="checkbox"/> 5	
En dehors de votre travail régulier, combien d'heures consacrez-vous par semaine aux travaux légers : bricolage, jardinage, ménage... ?					
Moins de 2 heures <input type="checkbox"/> 1	3 à 4 heures <input type="checkbox"/> 2	5 à 6 heures <input type="checkbox"/> 3	7 à 9 heures <input type="checkbox"/> 4	Plus ou égal à 10 heures <input type="checkbox"/> 5	
Combien de minutes (min) par jour consacrez-vous à la marche ?					
moins de 15 min <input type="checkbox"/> 1	16 à 30 min <input type="checkbox"/> 2	31 à 45 min <input type="checkbox"/> 3	46 à 60 min <input type="checkbox"/> 4	Plus ou égal à 61 min <input type="checkbox"/> 5	
Combien d'étages, en moyenne, montez-vous à pied chaque jour ?					
moins de 2 étages <input type="checkbox"/> 1	3 à 6 étages <input type="checkbox"/> 2	6 à 10 étages <input type="checkbox"/> 3	11 à 15 étages <input type="checkbox"/> 4	Plus ou égal à 16 étages <input type="checkbox"/> 5	

2. Activités sportives et récréatives

Pratiquez-vous régulièrement une ou des activités physiques ou récréatives ?					Total 2
non <input type="checkbox"/> 1	oui <input type="checkbox"/> 2	si oui, répondez aux questions suivantes <input type="checkbox"/> 3			
À quelle fréquence pratiquez-vous l'ensemble de ces activités ?					
1 à 2 fois par mois <input type="checkbox"/> 1	1 fois par semaine <input type="checkbox"/> 2	2 fois par semaine <input type="checkbox"/> 3	3 fois par semaine <input type="checkbox"/> 4	plus ou égal à 4 fois par semaine <input type="checkbox"/> 5	
Combien de minutes (min) consacrez-vous en moyenne à chaque séance d'activité physique ?					
moins de 15 min <input type="checkbox"/> 1	16 à 30 min <input type="checkbox"/> 2	31 à 45 min <input type="checkbox"/> 3	46 à 60 min <input type="checkbox"/> 4	plus ou égal à 61 min <input type="checkbox"/> 5	
Habituellement comment percevez-vous cet effort ? Le chiffre 1 représente un effort très facile et le chiffre 5 un effort difficile					
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	

Résultats

Faites la somme des chiffres de droite, puis la somme des totaux 1 et 2 pour connaître et interpréter où vous en êtes de votre niveau d'activité physique:
Moins de 16 points : inactif(ve) — Entre 16 et 32 points : actif(ve) — Plus de 32 points : très actif(ve)

Dater vos réponses

Vous avez répondu aux questionnaires le : _____